

Protokół z posiedzenia Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

1.	Data i miejsce posiedzenia:
X posiedzenie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący lub KS) miało miejsce 5 października 2016 r. w JM Hotel przy ul. Grzybowskiej 45 w Warszawie.	
2.	Porządek obrad:
<p>Zatwierdzenie porządku obrad posiedzenia.</p> <p>W X posiedzeniu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uczestniczyło łącznie 85 osób (39 członków i zastępców członków lub osób upoważnionych do głosowania, 3 stałych obserwatorów oraz 43 inne zaproszone osoby), natomiast kworum wymagane do podejmowania uchwał zostało zapewnione poprzez udział 33 osób z prawem do głosowania (członkowie, zastępcy lub osoby upoważnione). Imienna lista uczestników spotkania stanowi załącznik nr 1 do protokołu.</p> <p>Spotkanie otworzył Przewodniczący Komitetu Sterującego Pan Piotr Gryza, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia (MZ), który przywitał wszystkich uczestników oraz podziękował za przybycie na spotkanie. Pan Minister podkreślił, że przedmiotem X posiedzenia KS będzie szereg spraw, m.in. Plany działań poszczególnych instytucji. Następnie oddał prowadzenie posiedzenia Pani Agnieszce Kister, Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ - Zastępcy Przewodniczącego Komitetu Sterującego.</p> <p>Pani Dyrektor Kister - po przywitaniu uczestników posiedzenia - poinformowała, iż posiedzenie rozpocznie się od zatwierdzenia porządku obrad i spytała, czy ktoś z uczestników posiedzenia zgłasza do niego uwagi. Wobec ich braku, przystąpiono do głosowania. Porządek obrad został przyjęty jednogłośnie (26 głosów – za przyjęciem, 0 głosów - przeciw, 0 głosów – wstrzymujących się).</p> <p>Porządek obrad stanowi załącznik nr 2 do protokołu.</p>	

3.	Przebieg posiedzenia:
<p>Przyjęcie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c - <i>Wspieranie efektywności energetycznej, inteligentnego zarządzania energią i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych i sektorze mieszkaniowym</i></p>	

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że projekt uchwały został przekazany członkom KS do zaopiniowania dwukrotnie, część uwag została uwzględniona, a członkowie KS otrzymali tabelę obrazującą zestawienie uwag wraz ze stanowiskiem MZ/MR. W dniu poprzedzającym posiedzenie (4 października) w godzinach popołudniowych MZ otrzymało jeszcze uwagę z województwa opolskiego, polegającą na propozycji uwzględnienia w rekomendacjach następującego zapisu: *„projekt polegający na modernizacji energetycznej budynku realizowany w ramach priorytetu inwestycyjnego 4c, w którym nie jest wykonywana działalność lecznicza w zakresie szpitalnictwa, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, nie podlega weryfikacji z mapami potrzeb zdrowotnych.”* Pani Dyrektor poprosiła o zgłaszanie uwag i komentarzy do projektu uchwały, w tym również do propozycji województwa opolskiego. Swoją prośbę skierowała przede wszystkim do Ministerstwa Rozwoju (MR), które de facto było wnioskodawcą procedowania tych rekomendacji.

Pani Marta Leśniak, Z-ca Dyrektora Departamentu Regionalnych Programów Operacyjnych MR, odpowiedziała, że uchwała ma na celu ujednolicenie podejścia do kwestii realizacji projektów z zakresu efektywności energetycznej w placówkach, w których oferowane są świadczenia zdrowotne. MR zaproponowało, aby w przypadku szpitali odnosić się do map potrzeb zdrowotnych, natomiast w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) odnosić się do potrzeb weryfikowanych w oparciu o uzasadnienie wnioskodawcy. Z uwagi na fakt, że podmioty te to często niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi w budynkach, które spełniają również inne funkcje, MR uważa, że ściśle związanie z mapami byłoby działaniem „nad wyraz”. Odnosząc się do uwagi województwa opolskiego Pani Dyrektor Leśniak zgodziła się na wprowadzenie proponowanego zapisu, traktując go jako doprecyzowanie.

Następnie Pani Beata Koń, reprezentująca Departament Analiz i Strategii (DAS) w MZ, odnośnie pkt II.1 załącznika do projektu uchwały, który dot. szpitali zaproponowała, aby zapis brzmiał analogicznie jak dla POZ i AOS, czyli że ocena dopuszczalności dokonywana byłaby w kontekście działalności leczniczej wykonywanej w budynku będącym przedmiotem projektu. Dodała, że mapa potrzeb - również ta szpitalna - nie odnosi się do stanu budynków i do infrastruktury, a więc do tego czy budynek wymaga termomodernizacji czy też nie.

Pani Dyrektor Kister zauważyła, że temat ten był już dyskutowany i podkreśliła, że problem polega na tym, że zapisy części programów operacyjnych wprost odwołują się do map. Następnie poprosiła przedstawiciela Instytucji Koordynującej o stanowisko w tej kwestii.

Pani Dyrektor Marta Leśniak odpowiedziała, iż wiadomym jest, że w mapach nie ma potrzeb w zakresie efektywności energetycznej, natomiast w programach operacyjnych są zapisy, że należy to weryfikować w kontekście map potrzeb i takie też było stanowisko Komisji Europejskiej (KE). Podała przykład, że wychodząc od tego, że działalność szpitalna - na przykład oddział kardiologiczny - jest uzasadniona w kontekście map potrzeb, dochodzi się do tego, że realizacja projektu z zakresu efektywności energetycznej w tym szpitalu jest uzasadniona.

Pani Beata Koń powiedziała, że patrzy na problem z punktu widzenia praktyki, gdyż do Departamentu Analiz i Strategii MZ wpływają pisma z pytaniem, czy termomodernizacja danego podmiotu jest zasadna

zgodnie z mapą potrzeb. Podkreśliła, że w mapie potrzeb nie jest określone, czy ośrodek ma być modernizowany czy nie, jest tylko powiedziane, czy funkcjonowanie danego typu oddziału jest zasadne z punktu widzenia map potrzeb. Dodała, że DAS MZ zgadza się co do zapisów punktu II.2 dot. działalności w zakresie POZ i AOS, zawierającego sformułowanie: „*działalność lecznicza wykonywana w budynku będącym przedmiotem projektu posiada uzasadnienie z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych w regionie*”.

Pani Dyrektor Leśniak odpowiedziała, że to nie MR było stroną, która naciskała na zawarcie zapisów w programach operacyjnych o konieczności badania projektów z zakresu efektywności energetycznej w szpitalach, lecz była to inicjatywa KE.

Pan Jarosław Hawrysz, przedstawiciel Komisji Europejskiej, powiedział, że zdaniem KE obecnie proponowane brzmienie jest poprawne i zgodne z zapisami, które są w programach operacyjnych, a wprowadzanie dodatkowych zapisów może wprowadzić zamieszanie interpretacyjne. Zwrócił uwagę, że w przypadku POZ lub AOS jest mowa o potrzebach zdrowotnych w regionie, a nie o mapach potrzeb zdrowotnych. Zgodził się, że można przeredagować punkt pierwszy, ale odniesienie do map potrzeb zdrowotnych musi pozostać. Zdaniem KE każda jednostka szpitalna musi przeanalizować swoją sytuację w stosunku do rekomendacji, które wynikają z map potrzeb zdrowotnych. One pokazują obraz w kontekście regionu, a jednostka musi zobaczyć, w którym miejscu znajduje się i na ile jej dalsze funkcjonowanie w poszczególnych oddziałach - opisanych w mapach - jest uzasadnione. Analiza nie musi dotyczyć termomodernizacji, bo nie chodzi o to, aby wąsko interpretować kwestie związane z inwestycjami, tylko powinna obejmować całą sytuację jednostki i w tym kontekście jej dalsze funkcjonowanie w zakresie wynikającym z map potrzeb zdrowotnych. Pan Hawrysz przypomniał, iż generalne założenie jest takie, że system szpitalnictwa w Polsce ma się restrukturyzować - taki był wymóg od początku negocjacji z KE – i Komisja naciska na to, aby ta restrukturyzacja rzeczywiście odbywała się. Natomiast mapy potrzeb zdrowotnych muszą być wykorzystywane nie tylko przez decydentów przyznających środki, ale również przez jednostki, które o te środki się ubiegają. W kontekście termomodernizacji Pan Hawrysz podkreślił, że na forum KS przedstawiciele KE wielokrotnie prezentowali stanowisko, że inwestycje w szpitale, które będą podlegać istotnej restrukturyzacji, muszą być uzasadnione. Jeżeli - na przykład - szpital zostanie zrestrukturyzowany w zakresie 40% swoich aktualnych możliwości, to objęcie go pełną termomodernizacją budzi wątpliwości.

Pani Beata Koń zgodziła się z interpretacją przedstawioną przez swojego przedmówcę, ale wyraziła obawy do samego zapisu w rekomendacjach, ponieważ taka interpretacja nie wynika wprost z brzmienia, które jest proponowane w rekomendacjach. Dodała, że wielu świadczeniodawców kieruje pytania o interpretację, stwierdzając, że termomodernizacja nie jest ujęta w mapach.

Pan Jarosław Hawrysz odpowiedział, że pytanie powinno być postawione odwrotnie, a mianowicie czy jednostka posiada analizę w zakresie restrukturyzacji, wynikającą z rekomendacji z map potrzeb zdrowotnych do tego, aby móc przystąpić do termomodernizacji.

Pani Dyrektor Leśniak zaproponowała, aby zostawić obecne brzmienie uchwały, natomiast MR przygotowuje odpowiednią interpretację i przekaże ją do wszystkich IZ RPO.

Pani Dobrawa Biadun, przedstawicielka Konfederacji Lewiatan, powiedziała, że wydawanie środków unijnych musi być spójne z całym systemem i polityką prowadzoną przez rząd. Jej zdaniem, biorąc pod uwagę, iż obecnie w uzgodnieniach zewnętrznych znajduje się projekt ustawy dot. sieciowania szpitali, który wprost wskazuje, że wszystkie szpitale publiczne mają być w sieci (tylko jeszcze nie określono, które szpitale w jakich zakresach) nasuwa się pytanie, po co w ogóle zastanawiać się teraz nad mapami? Może powinno się odnieść do tych sieci i poczekać aż będzie wiadomo, które placówki i w jakim zakresie będą miały kontrakt z NFZ, bo przy środkach unijnych musi być zachowana ciągłość. Dodała, iż mapy nie są takim elementem, który jest istotny przy budowaniu sieci.

Pan Minister Piotr Gryza zwrócił uwagę, że jest to odniesienie się do innego zagadnienia niż jest obecnie omawiane. To jest perspektywa inwestycji środków europejskich. Sieć jest ustalana na 4 lata na podstawie kryteriów, które zostały zaproponowane w regulacji, a mapy potrzeb odnoszą się do szerszej perspektywy. Natomiast odnosząc się do propozycji wydania przez MR odpowiedniej interpretacji odnośnie rekomendacji, Pan Minister stwierdził, iż jego zdaniem nie jest dobrym rozwiązaniem podejmowanie uchwały, którą później trzeba interpretować i proponował dopracowanie zapisu w rekomendacjach.

Ponownie głos zabrała Pani Dobrawa Biadun, mówiąc, iż w odniesieniu do funduszy europejskich mamy obowiązek zachowania pięcioletniej trwałości inwestycji i w momencie, kiedy wskazujemy w jakim zakresie, jaka placówka ma być w tak zwanej „sieci”, czyli obecnie otrzyma środki z NFZ, a następnie z budżetu państwa, to jest to ta trwałość, o której mówimy. W momencie, kiedy proponujemy okres czteroletni, to placówki nie będą wiedzieć czy tę pięcioletnią trwałość uzyskają. Przedstawicielka Konfederacji Lewiatan podkreśliła, że kiedy Komisja Europejska zgodziła się na to, aby wydatkować środki na publiczną ochronę zdrowia, czyli tam gdzie świadczenia zdrowotne finansowane są przez NFZ, nie jest właściwym wskazywanie, że są to zupełnie inne i niezależne od siebie kwestie.

Pan Minister Gryza przypomniał, że sieć jest tylko jednym ze sposobów zabezpieczenia świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego. Oprócz tego są normalne kontrakty, są inne zakresy lecznictwa: rehabilitacyjne, ambulatoryjne, POZ. To jest znacznie szerszy system. Gdyby w tej chwili został ogłoszony konkurs na rok, też nie byłoby perspektywy pięcioletniej. Działamy w takim systemie, a to jest tylko pewien sposób uporządkowania, nie zmienia to, a wręcz wykorzystuje, zalecenia związane z mapami potrzeb i nimi właśnie trzeba się posługiwać przy inwestycjach i wsparciu ze środków europejskich.

Uczestniczka posiedzenia odnosząc się do propozycji zgłoszonej przez województwo opolskie, wyraziła wątpliwość, czy ma sens, aby doprecyzowywać i dopisywać punkt trzeci. Zwróciła uwagę, iż w punkcie pierwszym jest wprost napisane, że dotyczy to inwestycji w zakresie *„modernizacji energetycznej budynków użyteczności publicznej, w których prowadzona jest działalność lecznicza”*. Dodała, że tytuł uchwały również zawiera treść: *„rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia”*, czyli w zapisach jest przywołany obszar zdrowia.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że dodatkowy punkt byłby doprecyzowaniem. W niczym nie przeszkadza, aby taki zapis został dodany, a sens jest zachowany.

Pan Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, reprezentujący instytucję wnioskującą

wprowadzenie omawianej zmiany, odpowiedział, że propozycja wyniknęła z odpowiedzi Ministerstwa Rozwoju, mówiącej o tym, że właśnie w taki sposób należałoby to traktować. W związku z tym zaproponowano doprecyzowanie tej kwestii. Z drugiej strony przyznał rację, że odniesienie się do map potrzeb w zakresie leczenia szpitalnego, a w drugim punkcie do AOS i POZ, określa w jakich momentach należy się na tym opierać. Działalność w zakresie rehabilitacji medycznej stanowi niejako uzupełnienie ww. punktów. Zauważył, że może rzeczywiście ta interpretacja jest wystarczająca i każdą inwestycję w obiektach służących rehabilitacji można traktować jako niepodlegającą ani punktowi pierwszemu, ani punktowi drugiemu, czyli generalnie ani mapy, ani żadne inne ograniczenia nie powodowałyby restrykcji w obszarze inicjatyw dotyczących rehabilitacji.

Pani Małgorzata Szczudłowska, przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego (UM) Województwa Świętokrzyskiego, zwróciła z kolei uwagę na zagadnienie opieki długoterminowej w kontekście punktu trzeciego. Dodała, że to co nie jest wymienione w punkcie pierwszym i drugim, mieści się w punkcie trzecim, dzięki czemu punkt ten w jakiś sposób systematyzuje to. Jej zdaniem, pozostawienie tylko punktu pierwszego i drugiego spowodowałoby konieczność domyślania się, czy stosować określone analizy.

Pani Dyrektor Leśniak dodała, iż przez doprecyzowanie, że rekomendacje odnoszą się do leczenia szpitalnego, POZ i AOS, jasno wynika, czego uchwała dotyczy, a to jednocześnie oznacza, że do wszystkich innych budynków, w których prowadzona jest inna działalność, uchwała nie ma zastosowania. Zdaniem MR zamieszczanie punktu trzeciego nie jest więc potrzebne, jednak przychyliła się do sugestii Pana Ministra Gryzy, aby wypracować zmianę zapisów rekomendacji.

Pan Minister Gryza zaproponował, aby przedstawiciele MZ i MR w trakcie posiedzenia opracowali wspólnie wersję, która następnie zostanie przedstawiona pozostałym uczestnikom posiedzenia. Pani Dyrektor Kister dodała, że po opracowaniu brzmienia rekomendacji uchwała zostanie poddana głosowaniu. Wobec powyższego przystąpiono do omówienia kolejnego punktu agendy.

Przyjęcie interpretacji pojęcia „*radikalne zabiegi chirurgiczne*”

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, iż z tematem „radikalnych zabiegów chirurgicznych” wiąże się kolejny punkt agendy dot. aktualizacji rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów w ramach PI 9a. Na poprzednim (IX) posiedzeniu Komitetu zostało uzgodnione w rekomendacjach dla Priorytetu 9a brzmienie doprecyzowujące, że chodzi o zabiegi chirurgiczne zarówno radykalne, jak i oszczędzające. Zostało to wprowadzone w jednym z punktów (IV.3), natomiast konsekwentnie powinno dotyczyć również pozostałych rekomendacji zawartych w uchwale dotyczącej PI 9a. W związku z powyższym MZ zaproponowało podjęcie uchwały mówiącej o przyjęciu następującej interpretacji pojęcia „*radikalne zabiegi chirurgiczne*”: „*Radikalne zabiegi chirurgiczne rozumiane są jako zabiegi chirurgiczne zarówno radykalne, jak i oszczędzające - zgodnie z listą procedur wg klasyfikacji ICD9 zaklasyfikowanych jako zabiegi radykalne w wybranych grupach nowotworów zamieszczoną na platformie.*”

Pani Małgorzata Wiśniewska, przedstawicielka UM Województwa Kujawsko-Pomorskiego, poprosiła o doprecyzowanie jakiej platformy to dotyczy.

Pani Beata Koń, przedstawicielka DAS MZ, odpowiedziała, że dotyczy to platformy danych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, dostępnej pod adresem www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl. Wówczas Pani Małgorzata Wiśniewska poprosiła o dodanie w treści uchwały odpowiedniego przypisu.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że w samych rekomendacjach ta platforma jest doprecyzowana, stąd wynikał ten skrót. Ponieważ nikt z uczestników posiedzenia nie wniósł sprzeciwu, dokonano poprawki polegającej na dodaniu w projekcie uchwały zapisu powielonego z treści rekomendacji dla PI 9a, że dotyczy to platformy danych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia oraz przypisu informującego, że platforma jest dostępna pod adresem <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.zm.gov.pl>.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 57/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie interpretacji pojęcia „*radikalne zabiegi chirurgiczne*”, w której treści uwzględniono ww. zmianę.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Aktualizacja rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a - *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych*

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że główna zmiana w rekomendacjach dla PI 9a polega na doprecyzowaniu wspomnianego już pojęcia „*radikalne zabiegi chirurgiczne*”. Ponadto wprowadzono zmianę stylistyczną w punkcie I.6, aby brzmienie było spójne z brzmieniem zawartym w *Krajowych ramach strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* (Policy paper) – zgodnie z propozycją województwa podkarpackiego, jak również MZ. Kolejne zmiany są typowo aktualizacyjne, czyli dotyczą daty uchylenia poprzedniej uchwały i tego, co się wiąże z przyjęciem kolejnych zmian w rekomendacjach. Pani Dyrektor dodała, że MZ otrzymało również propozycję zmiany z Komisji Europejskiej.

Pani Magali Lenoel, przedstawicielka KE, wyjaśniła, że uwaga Komisji dotyczy rekomendacji dla kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym, a dokładnie punktu IV.16, w którym jest mowa o dostosowaniu infrastruktury - zgodnie z koncepcją uniwersalnego projektowania - do potrzeb osób z różnymi formami niepełnosprawności. W zeszłym tygodniu KE wysłała do MZ pismo zawierające uwagę, że zgodność z koncepcją uniwersalnego projektowania musi być zapewniona na poziomie kryteriów o charakterze obligatoryjnym.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że z obowiązujących przepisów wynika, iż wszystkie budynki użyteczności publicznej muszą być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych i nie ma możliwości dokonania odbiorów oraz rozliczenia projektu w sytuacji, gdy inwestycja nie spełnia tych warunków. Intencją tego kryterium premiującego było zachęcenie beneficjentów do stosowania dodatkowych - bardziej

innowacyjnych - rozwiązań, takich, które jeszcze będą tę dostępność poprawiać. Jeśli zostanie to przeniesione do kryteriów dostępu, pozbedziemy się waloru dodatkowości.

Pan Jarosław Hawrysz wyjaśnił, że Komisja Europejska zaobserwowała w regionach praktykę, polegającą na wprowadzaniu tego kryterium i jednocześnie wprowadzaniu zerowej punktacji, co może być interpretowane w ten sposób, że kwestie związane z dostępnością można pominąć. Z punktu widzenia KE jest to kryterium, które będzie wprowadzać w błąd projektodawców. Nie jest to uwaga do samego zapisu tej rekomendacji, tylko do kwestii podejścia i dalszej pracy z przedmiotową rekomendacją. Zdaniem Komisji wszystkie kryteria premiujące, które znajdują się w rekomendacjach Komitetu Sterującego, nie mogą mieć charakteru neutralizującego dla wymogów bezwzględnych, tzn. że jest zero punktów za jakiś wymóg, bo może być to przez projektodawcę zinterpretowane, że nie trzeba się do tego wymogu stosować. Dodał, że być może jest to ryzyko, które nie istnieje w praktyce, ale patrząc z perspektywy projektodawcy wydaje się, że takie niebezpieczeństwo może zajść. Pan Hawrysz zaapelował do instytucji zarządzających, aby nie stosować rozwiązań polegających na wprowadzaniu kryterium z zerową punktacją. Intencją kryteriów premiujących jest dostarczanie wnioskodawcom dodatkowych punktów. Jeżeli jest to kryterium fakultatywne to nie należy wprowadzać go w ogóle, a jeżeli wprowadzane jest jako kryterium premiujące, to zawsze musi mieć określoną liczbę punktów wyższą od zera.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że jeżeli chodzi o to, co jest wymagane przepisami prawa w zakresie dostępności, to jest to weryfikowane m.in. w ramach kryterium „zgodność z przepisami prawa”. Natomiast w tym przypadku jest mowa o tym, że premiowane są projekty, w których wsparta infrastruktura będzie dostosowana w sposób wykraczający poza to, co jest obligatoryjne. Wówczas, jeżeli projekt przewiduje takie działania otrzymuje dodatkowe punkty, natomiast jeżeli nie przewiduje to dostaje zero punktów. Taka jest idea kryteriów premiujących.

Pani Magali Lenoel zaznaczyła, że w piśmie przesłanym przez KE było napisane, że lepiej używać tych kryteriów na poziomie dostępności, a nie premiowania.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że na poziomie kryteriów dostępu jest to już weryfikowane, ponieważ mieści się w kryterium zgodności projektu z przepisami. Skoro przepisy wymagają spełnienia konkretnych warunków w zakresie dostępności infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych, to jest to już elementem oceny na poziomie kryteriów dostępu. Natomiast ideą kryterium punktowego jest to, aby przyznać projektom dodatkowe punkty w sytuacji, w której projekt przewiduje działania budowlane, infrastrukturalne, wykraczające poza rozwiązania techniczne, które wynikają już z tego, co jest obligatoryjne w świetle przepisów. Pani Dyrektor Kister spytała, czy są problemy z rozróżnieniem tego, co w zakresie dostępności jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa, a co jest pewnym dodatkowym rozwiązaniem, które jest podstawą przyznania dodatkowych punktów.

Pani Małgorzata Wiśniewska, przedstawicielka województwa kujawsko-pomorskiego, powiedziała, że jej zdaniem każdy region weryfikuje wszystkie projekty pod kątem uwzględnienia zasady równości szans i tam na pewno pojawia się zasada uniwersalnego projektowania. Poziom dostępowy jest już weryfikowany i jest zapewniany na poziomie kryteriów ogólnych, które nie pojawiają się w kryteriach rekomendowanych przez KS, bo są w zasadach horyzontalnych. Jeżeli ktoś robi coś ponad, to dostaje punkty, jeżeli nie robi nic

ponad - dostaje zero punktów, czyli ta zasada jest przestrzegana, a tylko dodatkowe działania są premiowane.

Pan Paweł Zdun, Naczelnik w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego MR, wyraził opinię, iż utrzymanie koncepcji uniwersalnego projektowania jako kryterium premiującego jest jak najbardziej zasadne. Jego zdaniem należy rozróżnić pewne wymogi, które dotyczą zachowania dostępności, umożliwienia udziału osób niepełnosprawnych - i przykładem jest tu trzecia toaleta, z której może korzystać osoba z niepełnosprawnością - a zasadą uniwersalnego projektowania, która jest czymś więcej, czyli tworzeniem wspólnej przestrzeni, z której korzystać mogą wszyscy, bez rozróżnienia czy jest się osobą niepełnosprawną, czy też nie. Wymogi prawne, które obowiązują, aby zachować dostęp osób niepełnosprawnych są niezbędnym minimum i to jest rzeczywiście kryterium dostępu, natomiast uniwersalne projektowanie jest czymś więcej, umożliwiającym zastosowanie wspólnej przestrzeni dla wszystkich (nie zawsze w infrastrukturze czy modernizacji da się to zastosować) i takie rozwiązania powinny być premiowane.

Pan Jarosław Hawrysz, odnosząc się do wypowiedzi swoich przedmówców, którzy nie identyfikują ryzyka o którym mówił wcześniej, odpowiedział, że KE ma wątpliwości w tej kwestii, dlatego zostały one przedstawione na forum KS. Dodał, iż Komisja będzie analizować to zagadnienie i ewentualnie powróci do tematu, jeżeli będzie taka potrzeba.

Pani Barbara Daniel, reprezentująca UM Województwa Śląskiego, zadała dwa pytania. Pierwsze - odnoszące się do kryteriów obligatoryjnych wymienionych w punkcie III.6 załącznika do projektu uchwały, tj. premiujących projekty realizowane przez podmioty posiadające wysoką efektywność finansową - dotyczyło tego, w jaki sposób będzie to oceniane, co będzie brane pod uwagę. Zwróciła uwagę, iż często bardzo dobre szpitale borykają się z problemami finansowymi i nie wynika to ze złego zarządzania, tylko z wycen procedur. Drugie pytanie odnosiło się do punktu III.10 załącznika do projektu uchwały, zgodnie z którym *„kryteria dotyczące projektów w zakresie kardiologii premiują projekty realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie (...) kompleksową opiekę kardiologiczną”*. Pani Barbara Daniel zwróciła uwagę, że wiele podmiotów świadczy wysokospecjalistyczne usługi z zakresu kardiochirurgii, czy kardiologii, ale nie ma rehabilitacji kardiologicznej, a z drugiej strony, jest wiele ośrodków, które specjalizują się w rehabilitacji kardiologicznej. W związku z tym pojawia się pytanie, czy będzie brane pod uwagę ewentualne podpisywanie umów konsorcjum, porozumień o współpracy?

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że te pytania nie dotyczą kwestii, które są tematem obrad X posiedzenia Komitetu, lecz interpretacji rekomendacji, nad czym wielokrotnie już dyskutowano na forum KS. Poprosiła o kierowanie ewentualnych pytań w tym zakresie drogą mailową. Pani Dyrektor podkreśliła, że jeżeli chodzi o efektywność finansową to brzmienie rekomendacji ma charakter ogólny właśnie ze względu na to, aby znając sytuację w swoim regionie IZ RPO mogła sformułować precyzyjne kryteria, które będą adekwatne do jej priorytetów, preferencji, sytuacji podmiotów leczniczych etc.

Następnie głos zabrał Pan Jarosław Hawrysz, który zaproponował rozważenie i dyskusję nad zmianą kryterium premiującego o charakterze obligatoryjnym zawartego w punkcie III.3 załącznika do projektu

uchwały, odnoszącego się do programu restrukturyzacji. Ponieważ większość szpitali w Polsce posiada takie programy restrukturyzacji, należałoby je zaktualizować o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych. Rozwiązałyby to problemy, w jakim stopniu i w jakim zakresie mapy powinny być stosowane przez jednostki w poszczególnych konkursach czy generalnie w procesie ubiegania się o środki finansowe. Zaktualizowanie takiego planu restrukturyzacji mogłoby pozwolić na to, aby przy każdym konkursie, w którym dana jednostka startowałaby, mogłaby ten plan załączać i on podlegałby analizie. Nie byłoby konieczności prowadzenia dodatkowych analiz, odrębnych dla każdego konkursu, w celu odzwierciedlenia rekomendacji wynikających z map potrzeb zdrowotnych.

Ponieważ nikt z uczestników posiedzenia nie odniósł się do propozycji przedstawiciela Komisji, Pani Dyrektor Kister zaproponowała, aby po treści: *„Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty posiadające zatwierdzone przez podmiot tworzący program restrukturyzacji”* dodać zapis: *„zaktualizowany w oparciu o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych”* i dalsza część punktu w brzmieniu jak dotychczas, tj.: *„zawierający działania prowadzące do poprawy ich efektywności – dotyczy szpitali”*.

Przedstawicielka UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego wyraziła sceptycyzm wobec tej propozycji. Poinformowała, że województwo warmińsko-mazurskie ma zaplanowany konkurs w grudniu, który uwzględnia to kryterium premiujące. Jeśli podmiot miałby uwzględnić wnioski z map potrzeb istnieje zagrożenie, że tych projektów nie będzie, ponieważ podmioty nie zdążą zaktualizować planów restrukturyzacji i uwzględnić wniosków, a do tego jeszcze pozyskać opinii wojewody o celowości inwestycji.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że mapy powstały w określonym celu i pytanie jest takie, czy w takim razie zaplanować w ogłaszanych konkursach odpowiednio długi okres naborów wniosków - tak, aby beneficjenci mieli czas na aktualizację tych planów i pozyskanie opinii, czy też tego nie robić, ale ze świadomością, że tego dodatkowego elementu weryfikacyjnego nie będzie.

Pan Marcin Marczak, reprezentujący UM Województwa Małopolskiego, zaapelował o niedokonywanie zbyt wielu zmian w rekomendacjach ze względu na fakt, iż podczas tego posiedzenia będą zatwierdzane Plany działań przygotowane na podstawie dotychczas obowiązującej uchwały. W przypadku dużych zmian w treści rekomendacji może się okazać, że Plany działań będą niekompatybilne z dokumentem, który zostanie przyjęty.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że zgodnie z zapisami dokumentu, rekomendacje dla kryteriów nie mają zastosowania do Planów działań uzgodnionych przez Komitet Sterujący przed datą przyjęcia rekomendacji. Możliwa jest zatem zmiana daty wejścia w życie tej uchwały, a Plany na bieżący rok procedowane na X posiedzeniu byłyby przyjęte zgodnie z obecnym brzmieniem rekomendacji, natomiast Plany działań na 2017 rok (Pani Dyrektor zwróciła uwagę, że podczas bieżącego posiedzenia procedowany będzie Plan na 2017 rok przedstawiony przez woj. małopolskie oraz PO WER), weszłyby w życie od 1 stycznia 2017 r. Dodała, że warte rozważenia jest, aby do Planów działań na kolejny rok, których zatwierdzanie jest przed nami, taka zmiana została wprowadzona.

Uczestniczka posiedzenia zaproponowała rozważenie, czy wpisywanie map potrzeb w plan restrukturyzacji jest potrzebne na tym etapie. Dodała, że mapy potrzeb zdrowotnych będą weryfikowane na etapie oceny

formalnej i merytorycznej, gdzie każdy wnioskodawca będzie musiał wykazać zgodność z obowiązującą mapą potrzeb. Ponadto wojewoda - na etapie wydawania opinii o celowości inwestycji - będzie badał, czy przedsięwzięcie jest zgodne z mapą.

Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że celem jest racjonalizacja systemu, a w sytuacji, kiedy projekty dotyczą konkretnej inwestycji, np. konkretnego oddziału, opinie o celowości wydawane są dla tej właśnie inwestycji, więc jest to dosyć wąskie patrzanie. W sytuacji, gdy beneficjent powinien zaktualizować swój program restrukturyzacji, dokonać jego aktualizacji pod kątem map, które patrzą również przez pryzmat całego regionu, zyskuje się pewną wartość dodaną, bo wtedy wychodzi się poza tę jedną wąską inwestycję. Pani Dyrektor podkreśliła, że nie chodzi o to, aby w tej chwili storpedować konkursy i zablokować wydatkowanie środków unijnych i ich kontraktowanie, tylko jest to propozycja pewnego rozwiązania, które byłoby wprowadzone w ramach kolejnych Planów działań, przyjmowanych w przyszłości.

Pan Marcin Marczak zaproponował, aby punkt I.11 załącznika do projektu uchwały nie kończył się sformułowaniem: „*przed datą przyjęcia Rekomendacji dla Kryteriów*”, gdyż zarówno aktualizacja rekomendacji, jak i Plany działań zostaną przyjęte z tą samą datą, lecz sformułowaniem: „*przed dniem wejścia w życie Rekomendacji*”, a rekomendacje powinny wejść w życie z dniem 6 października br, to jest w dniu następnym po posiedzeniu. Wówczas Plany działań przyjmowane podczas obecnego posiedzenia nie byłyby objęte tymi zmianami, a zmiany dotyczyłyby tylko kolejnych Planów działań, przyjmowanych w przyszłości.

Pan Jarosław Hawrysz odpowiedział, że KE nie ma nic przeciwko temu, aby ta zmiana została wprowadzona z dniem 1 stycznia 2017. Jest to wystarczający czas do tego, aby szpitale rozpoczęły prace nad aktualizacją programów restrukturyzacji. Natomiast odnosząc się do głosu Pani Dobrawy Biadun z Konfederacji Lewiatan, zdaniem przedstawiciela KE warto zastanowić się, czy plan budowy sieci szpitali nie powinien być powiązany w ten sposób, że nowe sieci szpitali mogłyby uwzględniać wnioski z map potrzeb zdrowotnych poprzez połączenie ich właśnie w planach restrukturyzacji. Takie działanie pomogłoby określić jasną ścieżkę, w którym kierunku cały sektor i system będzie zmierzał, przy założeniu, że płatnik, który zastąpi NFZ, będzie wykorzystywał w tym samym stopniu mapy potrzeb zdrowotnych, co NFZ.

Pani Dyrektor Kister - podsumowując dyskusję nad zmianą zaproponowaną przez przedstawiciela KE - powiedziała, że najprostszym rozwiązaniem będzie zmiana § 3 Uchwały. Czyli paragraf ten otrzymałby brzmienie: „*uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, za wyjątkiem pkt. III ust. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.*”

Na pytanie Pana Marcina Marczaka, czy taki zapis oznaczałby, że przyjmowany dzisiaj Plan działań woj. małopolskiego na rok 2017 nie będzie objęty tą kwestią, Pani Dyrektor Kister odpowiedziała twierdząco.

Następnie zaproponowała przejście do głosowania Uchwały i poinformowała, że w stosunku do tekstu, który członkowie KS otrzymali wcześniej, dokonano zmiany zgodnie z propozycją Komisji Europejskiej. Zmiana polega na dodaniu w punkcie III.3 rekomendacji wymogu aktualizacji planu restrukturyzacji, z zastrzeżeniem, że zmiana ta wejdzie w życie dopiero z dniem 1 stycznia 2017 r. Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 58/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI

w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Następnie wrócono do dyskusji dot. punktu: **Przyjęcie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c - Wspieranie efektywności energetycznej, inteligentnego zarządzania energią i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych i sektorze mieszkaniowym.** Pani Dyrektor Kister przedstawiła zmiany w rekomendacjach, w brzmieniu uzgodnionym z przedstawicielami Ministerstwa Rozwoju. Pierwsza zmiana dotyczyła rozszerzenia zapisów pkt II.1, który po wprowadzonych zmianach brzmi: *„Inwestycje dotyczące modernizacji energetycznej budynków użyteczności publicznej, w których prowadzona jest działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego podlegają ocenie dopuszczalności wsparcia poprzez weryfikację czy działalność lecznicza wykonywana w budynku będącym przedmiotem projektu posiada uzasadnienie w kontekście map potrzeb zdrowotnych”* i dalsze brzmienie punktu zgodnie z pierwotnie zaproponowanym. Druga zmiana w stosunku do tekstu, który otrzymali członkowie KS przed posiedzeniem - uzgodniona już wcześniej - polega na dodaniu punktu trzeciego, o treści: *„nie podlega ocenie dopuszczalności wsparcia w kontekście map potrzeb zdrowotnych projekt polegający na modernizacji energetycznej budynku realizowany w ramach PI 4c, w którym nie jest wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej.”*

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 56/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c - Wspieranie efektywności energetycznej, inteligentnego zarządzania energią i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych i sektorze mieszkaniowym, w brzmieniu zawierającym ww. uzgodnionymi dwoma poprawki.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

Pan Krzysztof Górski, Z-ca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (DFZ) w Ministerstwie Zdrowia, przedstawił prezentację oraz szczegółowo omówił działania zaplanowane przez Ministerstwo Zdrowia na przyszły rok, finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

(EFS) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

Na rok 2017 zaplanowano 12 konkursów:

- 8 konkursów w ramach PI 8vi - są to programy profilaktyczne dotyczące następujących chorób: zaburzenia depresyjne, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), osteoporoza, choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, nowotwory skóry i nowotwory płuc. Na działania profilaktyczne zaplanowano blisko 115 mln zł.
- konkurs w ramach PI 9iv dedykowany podniesieniu jakości funkcjonowania POZ, mający na celu wspieranie inicjatyw oddolnych w tym zakresie. Na ten konkurs przeznaczono blisko 26 mln zł.
- 2 konkursy w ramach PI 10ii dedykowane kierunkom pielęgniarstwo i położnictwo - wspierane będą Monoprofilowe Centra Symulacji Medycznej oraz projekty poprawiające jakość i atrakcyjność tych kierunków, co powinno przyczynić się do wzrostu liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i/lub położnictwo (tzw. kompetencje zamawiane). Planowana łączna alokacja to 173 mln zł.
- konkurs w ramach PI 10iii – szkolenia w ramach programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dedykowane lekarzom specjalistom w zakresie ginekologii, a także lekarzom POZ oraz położnym. Na ten konkurs przeznaczono 2 mln zł.

Pan Dyrektor Górski omówił również kryteria wyboru projektów (dostępu oraz premiujące) przewidziane dla działań objętych Planem na rok 2017.

Pan Bogdan Dyjuk, Członek Zarządu Województwa Podlaskiego, spytał o możliwość uwzględnienia w PO WER w programach stypendialnych jeszcze jednego obszaru wsparcia, a mianowicie uzyskiwania specjalizacji przez lekarzy. Zwrócił uwagę, że w sytuacji, gdy na terenie województwa nie ma ośrodków akredytowanych, lekarze muszą dojeżdżać do ośrodków w sąsiednich województwach. Część zainteresowanych lekarzy - ze względów finansowych - ogranicza możliwość uzyskania specjalizacji.

Pan Dyrektor Górski odpowiedział, że projekt dotyczący wsparcia procesu specjalizacji lekarskich jest realizowany już drugi rok - to był jeden z pierwszych projektów uruchomionych w ramach PO WER. Jest to projekt pozakonkursowy realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i jednym z działań przewidzianych w tym projekcie są działania mające ułatwić podejmowanie specjalizacji lekarzom z terenów deficytowych. W ramach projektu realizowane są szkolenia na obszarach deficytowych lub jeżeli z przyczyn technicznych nie jest to możliwe, finansowane jest wsparcie dla lekarzy - zwrot kosztów dojazdu, czy też zapewnienie noclegów w tych ośrodkach gdzie specjalizacje są realizowane. Obecnie już 700 lekarzy objętych jest kształceniem specjalizacyjnym w ramach projektu.

Pani Mariola Ostrowska, przedstawicielka UM Województwa Podkarpackiego, w kontekście konkursu dot. pielęgniarских kompetencji zamawianych poprosiła o wyjaśnienie, czy występuje kryterium, które będzie warunkowało powiązanie z zatrudnieniem po ukończeniu kształcenia, w związku z kosztami poniesionymi na to kształcenie.

Pan Dyrektor Górski odpowiedział, że powiązanie projektów z obowiązkiem odpracowania w polskim systemie ochrony zdrowia było wymagane w poprzednim konkursie (obecnie jest to druga edycja tego konkursu). Wymagania, które postawiono przy poprzednim konkursie były dosyć wysokie i to

spowodowało, że do konkursu, w ramach którego alokacja wynosiła 90 mln zł, zgłosiły się podmioty z projektami na łączną kwotę około 60 mln zł, z czego możliwe do zakontraktowania było ok. 30 mln zł. W związku z tym, opracowując aktualne kryteria, MZ podjęło rozmowy z uczelniami kształcącymi na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo i w efekcie określono kryteria, które wydają się najbardziej kompromisowe – z jednej strony wymagające od uczelni podjęcia dużego wysiłku, żeby uatrakcyjnić ten kierunek, ale z drugiej strony urealnijające pewne wymogi. Jeżeli chodzi o kwestie przeciwdziałania zjawisku wyjeżdżania absolwentów za granicę, należy zwrócić uwagę, że jest to kryterium premiujące i na wniosek Komisji Europejskiej premiowane wysoko (premiowane są projekty zakładające efektywność zatrudnieniową w podmiotach leczniczych działających na terenie Polski na poziomie min. 55%).

Pan Jarosław Hawrysz dodał, że propozycje kryteriów wyboru oraz projekty były już dyskutowane na Komitecie Monitorującym PO WER i wówczas zgłosił kilka uwag. Następnie przedstawił te uwagi uczestnikom posiedzenia, aby również Członkowie Komitetu Sterującego mogli się z nimi zapoznać. Komisja poprosiła Ministerstwo Zdrowia, jako Instytucję Pośredniczącą o uzupełnienie informacji w zakresie kształcenia kadr medycznych - jakie działania następne zostały zrealizowane przez Ministerstwo w wyniku rekomendacji i uwag, które pojawiły się w raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK)¹ w lutym tego roku. Ponadto KE zgłosiła uwagi odnośnie drugiego konkursu dot. programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce. Wątpliwości Komisji dotyczyły spójności zawartości programu i fiszki konkursowej, kwestii powiązania tego programu z celem szczegółowym zawartym w PO WER, który mówi o koncentracji na głównych problemach epidemiologicznych i wyzwaniach związanych ze starzejącym się społeczeństwem. Kolejną wątpliwość KE wzbudziła kwestia jakości szkoleń, które będą oferowane i logiki interwencji jeśli chodzi o te szkolenia. Opisy tego konkursu były zdaniem Komisji dosyć lakoniczne, w związku z tym KE oczekuje na uzupełnienie tych informacji.

Pan Dyrektor Górski odpowiedział, że kwestie te częściowo były omawiane na Komitecie Monitorującym (KM). Odnośnie uwag dot. raportu NIK wyjaśnił, że konkurs dot. tworzenia centrów symulacji medycznych, w tym tworzenia Monoprofilowych Centrów Symulacji Medycznej jest odpowiedzią na zastrzeżenia zawarte w raporcie. Raport mówił m.in. o tym, że Ministerstwo Zdrowia powinno podejmować działania, które pozwolą przygotować się uczelniom w procesie uatrakcyjnienia kształcenia i będą oferować pomoc dot. tworzenia infrastruktury dydaktycznej w zakresie centrów symulacji medycznej. Dyrektor Górski przypomniał, że MZ podjęło już inicjatywę przywrócenia stażu podyplomowego, a kształcenie praktyczne zgodnie z projektowanymi przepisami będzie się mogło odbywać albo w warunkach klinicznych albo w warunkach symulowanych. Działania MZ odpowiadają więc na uwagi NIK, są też zgodne z projektowanymi zmianami prawnymi. Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia – jako IP PO WER - wystąpił do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ o pisemne ustosunkowanie się do wszystkich tych zastrzeżeń i na pewno przed listopadowym Komitetem Monitorującym zostanie przekazana KE szczegółowa analiza w tym zakresie. Jeżeli chodzi o projekt szkoleniowy w zakresie programu prokreacyjnego, to MZ podtrzymuje zasadność realizacji tego konkursu, a szczegółowa analiza zostanie przedstawiona również na KM. Podkreślił, że główna uwaga ze strony Komisji dotyczyła zgodności

¹ Raport pn. *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*

z rynkiem pracy, ale w ocenie MZ nie budzi żadnych wątpliwości, że taka zgodność jest zapewniona.

Wobec braku dalszych pytań, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 59/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020

Pani Anna Goławska, Z-ca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w MZ przedstawiła prezentację i omówiła aktualizację Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ).

W ramach aktualizacji Planu planowane są następujące działania w zakresie PI 9a:

- 2 konkursy w zakresie wsparcia istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii. Planowane jest ogłoszenie konkursu dla regionów słabiej rozwiniętych z alokacją 228 mln zł oraz konkursu dla regionu lepiej rozwiniętego z alokacją 30 mln zł.
- 2 konkursy dla szpitali ponadregionalnych w zakresie wsparcia oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom układu oddechowego, układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii i innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci oraz wsparcia pracowni diagnostycznych i innych jednostek zajmujących się diagnostyką, współpracujących z tymi oddziałami. Planowana alokacja dla regionu słabiej rozwiniętego wynosi 438 mln zł, natomiast dla regionu lepiej rozwiniętego 112 mln zł.
- 6 projektów pozakonkursowych z zakresu utworzenia nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Jeden z nich znajduje się w regionie lepiej rozwiniętym - jest to szpital w Międzyzlesiu, a 5 w regionach słabiej rozwiniętych - w Jarosławiu, Katowicach, Gliwicach, Zabrze oraz Tomaszowie Lubelskim. Maksymalna wartość wydatków kwalifikowalnych dla jednego projektu wynosi 10 mln zł.
- 3 projekty pozakonkursowe dot. utworzenia nowych centrów urazowych. Planowane jest otwarcie centrum urazowego dla dzieci w Olsztynie i w Rzeszowie oraz centrum urazowego dla dorosłych i dla dzieci w Szczecinie. W przypadku centrów urazowych dla dzieci maksymalna wartość wydatków kwalifikowalnych wynosi 9 mln zł, natomiast wyjątkowo w Szczecinie (ponieważ jest to łączony projekt) 19 mln zł.

Uczestnicy posiedzenia nie zgłosili żadnych uwag lub pytań dot. przedstawionego Planu, w związku z czym przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 60/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze*

zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Kolejny punkt agendy dotyczył pakietu 16 Planów działań w ramach poszczególnych Regionalnych Programów Operacyjnych.

Pani Katarzyna Przybylska, Naczelnik w Departamencie Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w MZ, na wstępie zaprezentowała infografikę przedstawiającą dane dotyczące wykorzystania środków w projektach realizowanych w obszarze ochrony zdrowia w ramach RPO od roku 2015 w podziale na województwa. Łączna wartość inwestycji, które zostały dotychczas przyjęte na forum KS wyniosła ponad 1,6 mld zł. Dominowały działania „miękkie” – najwięcej inwestycji przyjętych było w zakresie PI 8vi. W chwili obecnej prowadzona jest szczegółowa analiza finansowa dot. uzgodnień na forum KS oraz poziomu wydatkowania środków. Podczas obecnego, tj. X posiedzenia KS planowane jest przyjęcie Planów obejmujących projekty o wartości wyższej niż wartość wszystkich projektów dotychczas uzgodnionych – jest to blisko 1,8 mld zł. Związane jest to głównie z tym, że znaczna większość inwestycji zawartych w Planach działań procedowanych na obecnym posiedzeniu KS dotyczy PI 9a, w związku z opublikowaniem map potrzeb zdrowotnych, wyciągnięciem z nich wniosków i przełożeniem ich na rekomendacje.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska poinformowała, że zaplanowane są 3 konkursy, wszystkie w ramach PI 9a:

- 1) Poprawa dostępności usług diagnostycznych w ramach POZ i AOS ukierunkowanej na rozwój opieki koordynowanej, Narzędzie 14, kwota alokacji – 16 mln zł.
- 2) Infrastruktura w zakresie opieki szpitalnej – szpitale wojewódzkie, Narzędzia: 13, 14, 16, kwota alokacji – 75 mln zł.
- 3) Infrastruktura w zakresie opieki szpitalnej – szpitale powiatowe, Narzędzia: 13, 14, 16, kwota alokacji – blisko 67 mln zł.

Pani Katarzyna Przybylska wyjaśniła, że konkurs dotyczący poprawy dostępności usług diagnostycznych w ramach POZ i AOS był już przedmiotem obrad podczas VII posiedzenia KS, jednak IZ RPO zdecydowała się na zmianę niektórych kryteriów. W związku z tym - na wniosek województwa kujawsko-pomorskiego - Uchwała Nr 34/2016 zostanie uchylona w zakresie dot. przedmiotowego konkursu i zostanie on ponownie przyjęty z nowo zaprezentowanymi założeniami.

Następnie głos zabrała Pani Małgorzata Wiśniewska, przedstawicielka województwa kujawsko-pomorskiego, która przedstawiła autopoprawki do wersji Planu działań zamieszczonej w Bazie Wiedzy przed posiedzeniem. Poinformowała, że w dużej mierze poprawki sprowadzają się do uporządkowania kwestii związanych z tym co w IZ RPO znajduje się w przypisach do kryteriów, a czego do tej pory nie było widać w Planie działań. Treść kryterium jest ciągle taka sama, ale doprecyzowanie znajdujące się

w przypisie wydaje się być na tyle kluczowe, że postanowiono uwzględnić je w brzmieniu kryterium w Planie działań. Jeśli chodzi o konkurs dotyczący POZ i AOS to najistotniejszą jest zmiana w poz. 4 w pozostałych kryteriach proponowanych przez IZ RPO, tj. dotycząca kwalifikowalności wnioskodawcy. Pozostałe zmiany są bardziej techniczne, polegają na doprecyzowaniu jakiego typu AOS są dopuszczone w konkursie – są to AOS w zakresie neonatologii, ginekologii, położnictwa, chirurgii, onkologii, kardiologii, chorób zakaźnych i pasożytniczych, natomiast ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK) - w zakresie pracowni endoskopowych. Kolejna zmiana wynika z decyzji Zarządu Województwa o rezygnacji z kryteriów dotyczących powiązania projektów z projektami w zakresie e-zdrowia, w takim zapisie jaki do tej pory był ujmowany, ze względu na uznanie, że będzie to zbyt duże obciążenie dla wnioskodawców. Jeśli chodzi o pozostałe konkursy, tj. związane ze szpitalami, problemem było rozbić konkursów na trzy narzędzia *Policy paper*, w związku z tym połączono te narzędzia w każdym z tych konkursów. Większość autopoprawek związana jest z kwestią przypisów, które pochodzą albo z Rekomendacji KS, albo stanowią ich uzupełnienie. Z istotnych zmian pojawia się kwestia dopisania przypisów w punktach dotyczących oddziałów o charakterze zabiegowym oraz w zakresie zabiegów kompleksowych. Ponadto, w konkursie dot. POZ i AOS usunięto kryterium: Opinia o Celowości Inwestycji, w związku z przekazaniem przez MZ interpretacji, że w przypadku realizacji przez ustawową opiekę i AOS działań w ramach opieki koordynowanej niepotrzebne jest występowanie o OCI.

Pani Dyrektor Kister wyjaśniła, że taka interpretacja jest konsekwencją tego, że zgodnie z rekomendacjami KS projekty tego typu można realizować pomimo braku map potrzeb zdrowotnych, a przy wydawaniu OCI mapy są uwzględniane. Następnie Pani Dyrektor poruszyła jeszcze jedną kwestię, która dotyczy nie tylko województwa kujawsko-pomorskiego, ale również 5 innych (łódzkie, małopolskie, podlaskie, pomorskie i warmińsko-mazurskie), gdzie w Planach działań pojawia się psychiatria, czyli obszar, dla którego mapa będzie dopiero opracowana. Pani Dyrektor Kister spytała, czy intencją IZ RPO wymienionych województw jest to, aby Plany działań w tym zakresie zostały zatwierdzone i być może jeszcze w tym roku ogłoszone konkursy, natomiast sam nabór i ocena projektów odbywałyby się już po opublikowaniu map potrzeb. Podkreśliła, że konsekwencją takiego rozwiązania byłoby to, że konkursy byłyby ogłaszane w oparciu o kryteria przyjęte przed aktualizacją rekomendacji, czyli przed poszerzeniem rekomendacji o specyficzne kwestie dotyczące psychiatrii, wynikające z map. W związku z tym Pani Dyrektor Kister poprosiła o stanowisko Komisji w tej sprawie oraz zaproponowała, aby poddać ten temat dyskusji, ponieważ jest to de facto rozwiązanie, które byłoby wyłomem od tego jak do tej pory Komitet Sterujący pracował i procedował.

Pani Małgorzata Wiśniewska odpowiedziała, że oddziały psychiatryczne, o których mowa w przedstawionym Planie działań, znajdują się w strukturze szpitala ogólnego.

Pan Jarosław Hawrysz spytał czy ideą ww. 6 województw jest wspieranie dużych szpitali psychiatrycznych, czy oddziałów psychiatrycznych. Powiedział, że szpital, który posiada jakikolwiek oddział, który jest objęty mapą potrzeb zdrowotnych, musi zrobić analizę swojej sytuacji w kontekście ww. mapy - bez względu na to, jaka inwestycja na jakim oddziale byłaby realizowana. Zgodnie z interpretacją KE jest to wymóg horyzontalny w zakresie szpitalnictwa. Natomiast jeśli chodzi o psychiatrię, to istnieje problem, który wynika

z innego wymogu - dotyczącego deinstytucjonalizacji. Generalna zasada jest taka, że duże instytucje w zakresie psychiatrii nie będą wspierane. Jest to wymóg horyzontalny wynikający z zapisów w rozporządzeniu ogólnym, które odnoszą się do Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej i Karty Praw Osób Niepełnosprawnych. Komisja otrzymuje dużo głosów ze strony organizacji, które zajmują się deinstytucjonalizacją, że wiele krajów Europy Środkowej i Wschodniej różnymi metodami próbuje nadal wspierać istniejące instytucje i nie przechodzi procesu deinstytucjonalizacji, do którego kraje członkowskie UE zobowiązały się. Przestrzegł, iż w ten sposób można narazić się na sytuację niekwalifikalności wydatków w kontekście właśnie wymogów horyzontalnych.

Pani Małgorzata Wiśniewska dodała, że żadne kryterium z Planu działań przedstawionego przez woj. kujawsko-pomorskie nie wskazuje na psychiatrię. Dodała, że kryteria, które dotyczą zgodności z mapami automatycznie wykluczyłyby taki projekt.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że po opublikowaniu map dokonywana jest aktualizacja rekomendacji wprowadzająca rekomendacje dedykowane zmapowanym obszarom. Taka sytuacja miała miejsce w zakresie onkologii i kardiologii oraz w kolejnych obszarach i ustalono, że w przyszłości - po opublikowaniu kolejnych map - będą pojawiać się dodatkowe rekomendacje, które będą konsumować wnioski płynące z map. W związku z tym, jeżeli konkurs dotyczący psychiatrii zostanie ogłoszony przed aktualizacją rekomendacji, to wówczas kryteria wyboru projektów nie będą uwzględniały tych ewentualnych dodatkowych rekomendacji, które zostaną wprowadzone przez KS dopiero w przyszłym roku. Powstanie luka czasowa pomiędzy opublikowaniem map a aktualizacją rekomendacji w danym zakresie, której konsekwencją będzie to, że pewne konkretne kryteria, które zostaną wprowadzone nie będą brane pod uwagę. De facto będzie jedynie ogólne kryterium mówiące o tym, że projekt ma być zgodny z mapą i że ma posiadać OCI, co w opinii MZ jest niewystarczające i stanowiłoby wyłom od pewnych zasad i sposobu procedowania, który został przyjęty w pozostałych dziedzinach.

Pan Jan Szymański, przedstawiciel UM Województwa Pomorskiego, wyraził opinię, że już obecne zapisy w rekomendacjach wskazują na to, że ta kwestia jest zabezpieczona w innych dokumentach, np. w Szczegółowym opisie osi priorytetowych (SzOOP). Dodał, że jego zdaniem sam zapis, że projekt jest zgodny z rekomendacjami KS rozwiązuje problem.

Pani Dyrektor Kister podkreśliła, że Członkowie KS uznali w odniesieniu do pozostałych dziedzin, że mapy potrzeb i wnioski z nich płynące są na tyle istotne, że należy poczekać na ich publikację i ww. wnioski odzwierciedlić w rekomendacjach KS. Dodała, że w celu zachowania konsekwencji w działaniu należy postąpić analogicznie.

Pani Małgorzata Wiśniewska spytała w kontekście inwestycji w województwie kujawsko-pomorskim, czy jeśli działanie dotyczy szpitala ogólnego, który ma oddziały psychiatryczne i projekt pozakonkursowy będzie zakładał przeniesienie oddziału z jednego budynku do nowego budynku to należałoby wykluczyć psychiatrię z Planu.

Zdaniem Pani Dyrektor Kister w takim przypadku również należałoby wykluczyć psychiatrię, gdyż w Planie wpisane jest odwołanie do konkretnego narzędzia, które obejmuje wsparcie psychiatrii. Niezależnie, czy

jest to konkurs, czy projekt pozakonkursowy powinny być przyjmowane projekty, które dotyczą oddziałów udzielających świadczeń w dziedzinach już zmapowanych. Pani Dyrektor dodała, że taka do tej pory była interpretacja i tak postępowano, w związku z czym w przypadku wspomnianej inwestycji należałoby poczekać do opublikowania map i aktualizacji rekomendacji w oparciu o wnioski płynące z map w zakresie psychiatrii, a następnie przyjąć projekt i ocenić nie tylko pod kątem, czy została wydana pozytywna OCI, ale także czy projekt spełnia te kryteria, które pojawią się dopiero w przyszłości.

Odpowiadając na pytanie Pana Ministra Gryzy na czym dokładnie polega problem, Pani Małgorzata Wiśniewska powiedziała, że Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki poinformował, iż w przypadku projektu, który polega na przeniesieniu oddziału psychiatrycznego działającego w strukturze szpitala wojewódzkiego zespolonego z jednego budynku do drugiego, OCI zostanie wydana na podstawie mapy ogólnoszpitalnej, więc jej zdaniem ten projekt nie powinien zostać wyłączony z Planu.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała swojej przedmówczyni, że niewskazane jest patrzenie wyłącznie przez pryzmat OCI - kwestia dotyczy dodatkowych merytorycznych rekomendacji i kryteriów, czyli chodzi o szersze spojrzenie na sprawę. Mapy często pokazują, że w perspektywie najbliższych lat należy racjonalizować – w sensie zmniejszać – liczbę łóżek, więc nawet wspomniany wcześniej projekt może budzić wątpliwości, czy ma sens, bo może w tym nowym miejscu łóżek powinno być mniej – tego nie wiadomo, bo na chwilę obecną nie ma ani mapy, ani kryteriów.

Dyskusja zakończyła się konsensusem i Pani Małgorzata Wiśniewska potwierdziła wyłączenie oddziałów psychiatrycznych z grupy podmiotów, które mogą ubiegać się o dofinansowanie.

Pan Jarosław Hawrysz podkreślił, że zdaniem KE wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego powinno koncentrować się na tworzeniu miejsc opieki środowiskowej i jakiegokolwiek wspieranie łóżek w szpitalach - w ten czy inny sposób - może budzić wątpliwości.

Następnie głos zabrała Pani Mariola Zajdel-Ostrowska, przedstawicielka UM Województwa Podkarpackiego, która skierowała do przedstawicielki województwa kujawsko-pomorskiego pytania dot. własnego modelu opieki koordynowanej i poprosiła o przekazanie informacji na ten temat.

Pan Minister Gryza zwrócił uwagę, iż zagadnienie jest ciekawe i KS ma służyć wymianie informacji, ale ze względu na napięty program posiedzenia zaproponował, aby odpowiedzi udzielono pisemnie i przekazano do MZ, które rozesłę tę informację do wszystkich IZ RPO. Pani Dyrektor Kister dodała, że jeśli ktoś z pozostałych uczestników posiedzenia chciałby odnieść się do zagadnienia to również proszony jest o przesłanie takich informacji do MZ i zostaną one rozesłane.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 61/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego* (z Planu działań wyłączono kwestie dotyczące psychiatrii).

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska poinformowała, że województwo lubelskie przewidziało 1 konkurs w ramach PI 8vi: Profilaktyka raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego, Narzędzie 5, z alokacją w wysokości 24 mln zł.

Ponieważ nikt z uczestników posiedzenia nie zgłosił uwag, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 62/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan działań obejmuje 2 projekty pozakonkursowe w ramach PI 9a:

- 1) Rozbudowa Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. o Ośrodek Radioterapii, w celu zwiększenia dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w obszarze chorób nowotworowych, Narzędzie 13, łączna alokacja 66 mln zł.
- 2) Utworzenie Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Narzędzie 16, o łącznej alokacji 92 mln zł.

W obydwu przypadkach wojewoda wydał pozytywne OCI.

Pani Dyrektor dodała, że z IZ RPO Woj. Lubuskiego prowadzona była wymiana korespondencji wynikająca z wątpliwości dot. drugiego projektu - patrząc przez pryzmat nie tej konkretnej inwestycji, ale całego województwa i wniosków, które płyną z map. Projekt zakłada w dużej mierze przeniesienie oddziałów, które już istnieją. Wątpliwości MZ i NFZ dotyczyły pediatrii oraz chirurgii i urologii dziecięcej. W zakresie pediatrii zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych dla województwa w bieżącym roku zapotrzebowanie na łóżka pediatryczne wynosi 200, w 2029 r. nastąpi zmniejszenie tej liczby do 170, natomiast już w tej chwili w województwie jest 245 takich łóżek, czyli w ciągu 13 lat na poziomie całego województwa powinno nastąpić obniżenie liczby łóżek o 75. W przypadku chirurgii i urologii dziecięcej z mapy wynika na dzień dzisiejszy zapotrzebowanie na 40 łóżek, w 2029 – 30, obecnie jest - 56 łóżek. Nie kwestionując tego konkretnego projektu, MZ stawia następujące pytania: jak z punktu widzenia całego regionu IZ RPO zamierza skonsolidować wnioski płynące z map, czyli zracjonalizować liczbę łóżek w tych konkretnych obszarach, w jakiej perspektywie czasu, w jakich placówkach planowane jest zmniejszenie liczby łóżek oraz jaka jest wizja, strategia w tym obszarze.

Pani Elżbieta Polak, Marszałek Województwa Lubuskiego, odpowiedziała, że jeżeli chodzi o kryterium związane z rekomendacją KS w zakresie dostępu – ono jest spełnione, ponieważ nie zakładano

zwiększenia liczby łóżek – mowa jest o konkretnym projekcie utworzenia Centrum z usługami wysokospecjalistycznymi. Takich oddziałów, które powstaną w tym Centrum w województwie nie ma. Podkreśliła, że woj. lubuskie ma najgorszą dostępność w Polsce do świadczeń w zakresie pediatrii, nie posiada wysokospecjalistycznych oddziałów w tym obszarze, a w ostatnich latach - jak to wykazał w swojej opinii konsultant wojewódzki - zmniejszono drastycznie liczbę oddziałów dziecięcych – były 332 łóżka pediatryczne, a aktualnie jest ich 245. W ostatnich latach zlikwidowano łącznie 9 oddziałów dziecięcych, głównie w szpitalach powiatowych. Powołała się także na opinię b. konsultant krajowej w dziedzinie pediatrii, która w 2014 r. zwróciła uwagę na potrzebę pilnych i długofalowych działań naprawczych. Ponadto świadczenia realizowane w przyszłości w CZMiD w Zielonej Górze będą miały oddziaływanie ponadregionalne – np. w zakresie kompleksowego leczenia kamicy nerkowej u dzieci.

Pani Monika Zielińska, również reprezentująca UM Województwa Lubuskiego, stwierdziła, że w przypadku 3 oddziałów planowane jest zmniejszenie łóżek na oddziale: pediatrii, ginekologiczno-położniczym i neonatologii. Ogólnie, w ramach całego projektu, zakłada się zwiększenie liczby łóżek, ponieważ powstaną nowe oddziały udzielające świadczeń, których dotychczas nie realizowano. Między innymi jest to onkologia dziecięca, a także w ramach oddziału pediatrii łóżka izolacyjno-zakaźne, których dotychczas nie było w województwie, oraz anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że MZ nie kwestionuje zasadności tej konkretnej inwestycji, natomiast patrzy w sposób bardziej systemowy na wnioski, jakie płyną z mapy i z rekomendacji. Nie patrzy na potrzeby tej konkretnej inwestycji, ale całego regionu. Spytała, w jaki sposób planuje się na poziomie całego województwa liczbę łóżek zmniejszyć i jakie strategiczne działania na poziomie całego regionu w perspektywie najbliższych lat planuje się podjąć.

Pani Marszałek Elżbieta Polak odpowiedziała, że ma nadzieję, iż wskaźniki w tym zakresie będą zmienione, tak jak ich poinformował konsultant wojewódzki, gdyż w woj. lubuskim odczuwane są deficyty w zakresie pediatrii. Cytowane przez Panią Dyrektor Kister dane nie są obiektywne, ponieważ dzieci są leczone poza regionem, a gdy powstanie centrum dzieci będą leczone w Zielonej Górze. Podkreśliła niezwykle istotny głos konsultanta wojewódzkiego, który – mimo iż jako lekarz reprezentuje środowisko pediatrów pracujących w szpitalach powiatowych – poparł powstanie kompleksowego Centrum w szpitalu wojewódzkim w Zielonej Górze.

Głos zabrała Pani Barbara Więckowska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii (DAS) w MZ, która podkreśliła, że różnica pomiędzy wyliczeniami wg metody DAS MZ i konsultantów w dziedzinie pediatrii na poziomie kraju wyniosła 10-20 łóżek, czyli jeżeli chodzi o prognozę dot. łóżek na oddziałach pediatrycznych MZ jest w konsensusie z konsultantami wojewódzkimi.

Pani Mirosława Dulat, reprezentująca UM Województwa Lubuskiego, zwróciła uwagę, iż istnieją dwa szpitale pediatryczne wojewódzkie: w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim, natomiast należy również spojrzeć na obłożenie łóżek pediatrycznych w szpitalach powiatowych i nie jest rolą Urzędu Marszałkowskiego wypowiadanie się na temat planu zmniejszania liczby łóżek na poziomie powiatów. Co więcej – samorząd województwa nie ma przełożenia na decyzje samorządów powiatowych w tym zakresie.

Pani Minister Piotr Gryza zgodził się, iż są różne organy prowadzące, ale zwrócił uwagę na fakt, że jeżeli będzie się mówić, że to nie jest nasza sprawa, że my działamy wyłącznie w swoim zakresie, to nie zostaną dokonane właściwe zmiany. Jeżeli baza łóżkowa nie będzie racjonalizowana, to nie wystarczy środków finansowych ze strony płatnika publicznego. Pan Minister podkreślił, iż MZ nie ma uwag do samej inwestycji, jednak oczekuje odniesienia się do tej sytuacji przez Marszałka Województwa, gdyż jego pozycja jest szczególna, oraz deklaracji ze strony Zarządu Województwa.

Pani Marszałek Elżbieta Polak podkreśliła, iż Zarząd Województwa budując Centrum Matki i Dziecka wyraźnie zadeklarował, że dąży do koordynacji opieki nad dziećmi.

Następnie Pani Mirosława Dulat zgłosiła autopoprawkę dotyczącą zmiany nazwy z oddziału noworodkowego na oddział neonatologiczny.

Głos w dyskusji zabrał Pan Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, który podkreślił, że stawianie na wysokospecjalistyczne centra jest celowe i potrzebne, natomiast jest również problem gdzie należy ograniczyć potencjał w pediatrii, skoro jest nadwyżkowy. Zwrócił także uwagę na sezonowość na oddziałach dziecięcych, która jest olbrzymia i w efekcie utrzymanie oddziałów dziecięcych w szpitalach powiatowych jest niesłychanie trudne. Dlatego - jego zdaniem - koncentracja w takich oddziałach jest pożądanym kierunkiem działania. Zauważył, że brakuje jednak deklaracji do współpracy w reorganizacji sieci pediatrycznej w regionie.

Wobec braku innych głosów, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 63/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*, z uwzględnieniem w Planie działań autokorekty dotyczącej terminologii, tj. zastąpienie nazwy Oddział Noworodkowy nazwą Oddział Neonatologiczny.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska poinformowała, że woj. łódzkie zaplanowało 2 konkursy w ramach PI 9a:

- 1) Konkurs dla POZ i AOS w zakresie rozwoju opieki koordynowanej, Narzędzie 14, o łącznej alokacji 23,5 mln zł.
- 2) Konkurs dotyczący leczenia szpitalnego, Narzędzie 13, 14, 16, 17, kwota alokacji – 120 mln zł.

W przypadku konkursu wymienionego w pkt 2) Pani Katarzyna Przybylska poprosiła o wyjaśnienie dwóch zagadnień: po pierwsze – kwestii dot. psychiatrii, o czym była mowa już przy omawianiu Planu działań woj. kujawsko-pomorskiego, po drugie – w kwestii Narzędzia 17 dot. opieki długoterminowej, geriatrycznej i paliatywnej, gdzie - zgodnie z rekomendacjami KS - istnieje wyłączenie w stosowaniu map, jeżeli chodzi o szpitale, poproszono o wyjaśnienie kwestii wsparcia oddziałów geriatrycznych na poziomie szpitali.

Pani Dyrektor Kister dodała, że konsekwentnie wyłączamy psychiatrię.

Pani Anna Włodarczyk, przedstawicielka UM Województwa Łódzkiego, odpowiedziała, że w kwestii psychiatrii to już w odniesieniach do uwag zadeklarowano, że psychiatria będzie wyłączona i nie będzie wspierane nic czego nie uwzględniono w opublikowanych mapach. Natomiast w odniesieniu do geriatry i opieki długoterminowej, Pani Włodarczyk powiedziała, że z opisu konkursu zostały usunięte zapisy, które budziły wątpliwości; pozostała jedynie opieka geriatryczna, zgodnie z opublikowanymi mapami.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 64/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska poinformowała, że województwo małopolskie w Planie na 2016 r. zgłosiło 2 projekty pozakonkursowe w ramach PI 9a:

- 1) Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, Narzędzie 13, 14, 16, kwota alokacji - 31 mln zł;
- 2) Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w SMS im. G.Narutowicza w Krakowie, Narzędzie 13, kwota alokacji – 34 mln zł;

oraz 1 konkurs również w ramach PI 9a: Budowa, przebudowa i modernizacja obiektów infrastruktury ochrony zdrowia i/lub ich wyposażenie w sprzęt medyczny, Narzędzie 13, 14, 16, 17, kwota alokacji - 185 mln zł.

Zgłoszone projekty pozakonkursowe posiadają pozytywną OCI wydaną przez wojewodę.

Jedynymi uwagami ze strony MZ były już wcześniej podnoszone uwagi horyzontalne dot. psychiatrii oraz geriatryi.

Pan Marcin Marczak, przedstawiciel UM Województwa Małopolskiego, odpowiedział, że planowany konkurs nie jest dedykowany wyłącznie dla psychiatrii, ale ogólnie dla szpitali wojewódzkich. Potwierdził, że wśród szpitali wojewódzkich jest także szpital psychiatryczny, ale trudno przewidzieć, czy jakiegokolwiek szpital psychiatryczny złoży wniosek.

Pani Dyrektor Kister dodała, że chodzi o to, aby w sytuacji, gdy konkurs dotyczy projektów infrastrukturalnych dla szpitali w dziedzinach, które są objęte Narzędziem 13 wyraźnie napisać, że nie dotyczy to psychiatrii. Można organizować konkurs obejmujący wyłącznie te oddziały szpitalne, które są już zmapowane.

Pan Marczak odpowiedział, że w kryteriach jest napisane, że dofinansowanie mogą otrzymać podmioty

zgodne z mapami, w związku z tym nie widzi zagrożenia, że dofinansowanie zostanie podmiot, który zmapowany nie jest.

Pani Dyrektor Kister odpowiedziała, że nie chodzi o podmiot, ale o zakres rzeczowy projektu. Jeżeli dotyczyłyby oddziałów, które mieszczą się w pojęciu psychiatrii i udzielają świadczeń z tego zakresu, to takie projekty nie powinny być procedowane. Podkreśliła, że dla potencjalnych beneficjentów byłoby dobre, gdyby w dokumentacji konkursowej wyraźnie napisać, że na chwilę obecną takie projekty nie będą przyjmowane.

Pan Marcin Marczak powiedział, że taka jest intencja. Dodał, że sytuacja w przypadku Planu działań woj. małopolskiego wygląda inaczej niż w innych województwach, ponieważ jest to konkurs otwarty, a to oznacza, że może trwać dowolną liczbę miesięcy. Plany były takie, aby w momencie ogłoszenia konkursu wnioski składały podmioty zmapowane, natomiast jeżeli jakiś szpital psychiatryczny chciałby złożyć wniosek to mógłby to uczynić dopiero wtedy, kiedy będzie zmapowany zgodnie z przepisami prawa.

Pani Dyrektor Kister zasugerowała, aby IZ zamieściła na swojej stronie internetowej komunikat informujący o tym, że rzeczywiście konkurs jest otwarty, ale na dzień dzisiejszy projekty można składać tylko w tych obszarach, dla których mapy są zatwierdzone, a potem aktualizować tę informację w miarę przyjmowania kolejnych map.

Pan Marczak dodał, że nie jest to poziom kryteriów, tylko dokumentacji konkursowej i od początku zakładano, aby wskazać to w regulaminie konkursu.

Pani Dyrektor Kister dodała, że w takim razie jest zgoda w tej kwestii i temat jest wyjaśniony.

Następnie głos zabrała Pani Katarzyna Przybylska, wyjaśniając, że drugie pytanie dotyczyło tego, iż zgodnie z aktualnym brzmieniem rekomendacji KS, inwestycje w zakresie opieki długoterminowej, geriatrycznej, hospicyjnej oraz paliatywnej mogą rozpoczynać się przed opublikowaniem map w zakresie POZ i AOS, natomiast nie dotyczy to szpitali, które muszą czekać na opublikowanie map. Stąd też pytanie, czy mapa dla województwa małopolskiego obejmuje ten zakres i czy IZ RPO jest w stanie zapewnić zgodność inwestycji z wnioskami z map.

Pan Marcin Marczak odpowiedział, że w mapach dla województwa małopolskiego geriatra jest opisana.

Głos w dyskusji zabrał Pan Jarosław Hawrysz, pytając się jaka jest perspektywa czasowa w formule konkursu otwartego. Zauważył, że na poziomie *Policy paper* i wszystkich prac, które są realizowane, przyjęty został tryb roczny. Ponieważ Plan działań jest roczny, zdaniem KE jego perspektywa jest 12-miesięczna, dlatego Komisja jest przeciwna temu, aby otwierać konkurs np. w listopadzie br., do którego nabór będzie trwać do końca 2019 r. Zdaniem Pana Hawrysza programowanie ma charakter sekwencyjny, po to, aby dopasowywać je do postępu prac we wszystkich obszarach, dziedzinach.

Pan Marcin Marczak odpowiedział, że to nie będzie taki długi termin, z dwóch powodów: po pierwsze – IZ RPO musi osiągnąć tzw. ramy wykonania, czyli do końca 2018 r. zakontraktować i wydać konkretną pulę pieniędzy; po drugie – mapy z zakresu psychiatrii powinny powstać do końca 2016 roku, więc ten konkurs otwarty mógłby się zamknąć do jesieni 2017 roku lub nawet wcześniej, tj. kiedy mapy będą gotowe

i wniosek będzie mógł być złożony. Jest to kwestia kilku miesięcy, na pewno nie kilku lat. Jedynym elementem, którego brakuje są mapy dla obszaru psychiatrii.

Pan Hawrysz dodał jeszcze, że przejście od opieki instytucjonalnej do zdeinstytucjonalizowanej, czyli środowiskowej, jest wymogiem w tym obszarze. Jeżeli ten element nie będzie przestrzegany, to będzie to bardzo duży problem.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 65/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska przedstawiła Plan działań dla województwa małopolskiego na rok 2017, który obejmuje jeden konkurs w ramach PI 9a - Budowa, przebudowa i modernizacja obiektów infrastruktury ochrony zdrowia i/lub ich wyposażenie w sprzęt medyczny, Narzędzie 13, 14, 16, 17, kwota alokacji – 154 mln zł.

Wobec braku uwag i pytań dot. przedmiotowego Planu, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 66/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska powiedziała, że województwo mazowieckie zaplanowało 5 konkursów:

- 1) Konkurs w ramach PI 2c: (1) Wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, (2) Świadczenie usług on-line przez podmioty lecznicze (konkurs w ramach RIT dla subregionu radomskiego i ostrołęckiego, w celu wprowadzenia w podmiotach leczniczych elektronicznej dokumentacji medycznej), Narzędzie 26, kwota alokacji – 29 mln zł.
- 2) Konkurs w ramach PI 9a: Konkurs na inwestycje w ramach RIT w zakresie kardiologii i onkologii, Narzędzie 13, kwota alokacji – 47 mln zł.
- 3) 3 konkursy w ramach PI 9iv:
 - Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego na lata 2017 – 2018, Narzędzie 19, kwota alokacji – 8,5 mln zł.

- Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2017–2018, Narzędzie 2, kwota alokacji - 9 mln zł.
- Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym, Narzędzie 19, kwota alokacji - 12 mln zł.

Ponieważ nie zgłoszono żadnych pytań lub uwag, w związku z czym przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 67/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska przedstawiła Plan dla woj. opolskiego, który obejmuje:

- 1) Konkurs w ramach PI 9iv: Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych - wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, Narzędzie 18, kwota alokacji - 10 mln zł.
- 2) Konkurs w ramach PI 9a: Infrastruktura ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki zdrowotnej mieszkańców regionu. Konkurs został już uzgodniony na forum KS w zakresie Narzędzi 13 i 14, a podczas bieżącego posiedzenia konkurs zostaje uzupełniony o nowy zakres, tj. Narzędzie 16. W związku ze zwiększonym zakresem konkursu kwota alokacji uległa zwiększeniu o 10,5 mln zł.

Wobec braku uwag i pytań przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 68/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska poinformowała, że woj. podlaskie zaplanowało 1 konkurs w ramach PI 9a: Inwestycje w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej tj. w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowego, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, chorób psychicznych, Narzędzie 13, kwota alokacji – 100 mln zł.

Następnie poproszono przedstawicieli IZ RPO Woj. Podlaskiego o przedstawienie autokorekty, wyjaśnienie nieuwzględnienia rekomendacji KS w zakresie zobowiązania do posiadania kontraktu oraz ustosunkowanie

się do poruszonej już przy wcześniejszych kilku Planach kwestii horyzontalnej dotyczącej psychiatrii.

Głos zabrał Pan Bogdan Dyjuk, Członek Zarządu Województwa Podlaskiego, który poinformował, że autokorekta jest natury technicznej i polega na usunięciu powtórzenia kryterium merytorycznego nr 5 – leczenie zabiegowe i zachowawcze.

W odniesieniu do kwestii psychiatrii, Pan Marszałek Dyjuk powiedział, że działanie ukierunkowane jest na wsparcie psychiatrii dziecięcej, które jest największym problemem w województwie. Dodał, że tak jak w przypadku województwa małopolskiego jest to konkurs otwarty, który będzie trwać maksymalnie kilka miesięcy.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, iż Narzędzie 13 dotyczy osób dorosłych.

Pani Katarzyna Zajkowska, reprezentująca UM Województwa Podlaskiego, dodała że przymiarka jest do zrobienia tego przy szpitalu funkcjonującym dla dorosłych. Potwierdziła również, że konkurs jest otwarty.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że Narzędzie 13 dotyczy dorosłych, natomiast dzieci dotyczy Narzędzie 16, w związku z tym nie można będzie realizować tego projektu. Ponadto, MZ konsekwentnie podnosi, że do momentu powstania mapy z zakresu psychiatrii tego typu projekty nie powinny być przyjmowane i realizowane.

Pani Katarzyna Zajkowska odpowiedziała, że w treści ogłoszenia konkursu z zakresu psychiatrii zamieszczony zostanie zapis, że projekty będą przyjmowane i oceniane po opublikowaniu map potrzeb dziedzinowych.

À propos pytania w zakresie braku rekomendacji KS dotyczącej posiadania kontraktu, Pani Dyrektor Kister powiedziała, że w Planie działań brak jest zapisu, który byłby świadectwem tego, że takie kryterium znajduje się w konkursie i tym samym rekomendacja jest uwzględniona oraz poprosiła o potwierdzenie, że takie kryterium jest uwzględnione.

Pan Marszałek Dyjuk potwierdził, że rekomendacja została uwzględniona.

Po przyjęciu powyższych wyjaśnień przedstawicieli IZ RPO przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 69/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska zaprezentowała Plan działań, który zawiera 1 konkurs w ramach PI 9a: Zasoby ochrony zdrowia, Narzędzie 13, 14, 17, kwota alokacji - 267,5 mln zł oraz oddała głos przedstawicielowi IZ RPO Woj. Pomorskiego w celu złożenia autokorekty oraz odniesienia się do poruszanej już wcześniej kwestii psychiatrii.

Pan Jan Szymański, reprezentujący UM Województwa Pomorskiego, poinformował, iż autokorekta dotyczy odniesienia się kryterium do rekomendacji KS. W związku z niezgodnością wersji Planu działań przekazanej do zamieszczenia w Bazie Wiedzy, a wersją formalnie zgłoszoną pod obrady KS, wydrukowano i udostępniono uczestnikom posiedzenia w postaci papierowej prawidłowe wersje Rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów. Pan Szymański wyraził również zgodę na pominięcie w planowanym konkursie obszaru psychiatrii.

Ponieważ więcej uwag ani pytań nie zgłoszono, przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 70/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

Pani Katarzyna Przybylska poinformowała, że województwo warmińsko-mazurskie planuje ogłoszenie 2 konkursów w ramach PI 9a. Są to analogiczne konkursy, różniące się zasięgiem terytorialnym:

- 1) Infrastruktura ochrony zdrowia (konkurs regionalny), Narzędzie 13, 14, 16, 17, kwota alokacji - 50 mln zł.
- 2) Infrastruktura ochrony zdrowia (konkurs dla MOF Elbląg), Narzędzie 13, 14, 16, 17, kwota alokacji - 55 mln zł.

Poproszono przedstawicieli IZ RPO o przedstawienie autokorekty Planu działań, odniesienie się do uwag MZ dot. opieki koordynowanej oraz o zobowiązanie się do wykluczenia psychiatrii.

Pani Dorota Kopeć, przedstawicielka UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego, przedstawiła następujące zmiany:

- W Poddziałaniu 9.1.2 dedykowanemu ZIT Elbląg, w kryteriach „Komplementarność projektu w ramach strategii ZIT” oraz „Zasięg oddziaływania projektu na obszarze ZIT” autokorekta o charakterze technicznym: polegająca na wykreśleniu z ww. kryteriów merytorycznych punktowych słowa „dostępu”. Ponadto, błędnie wpisano preferencje dla projektów z obszaru Wielkich Jezior Mazurskich, które w Poddziałaniu 9.1.2 nie mają zastosowania (te preferencje znajdują się w pierwszym konkursie, tj. w Poddziałaniu 9.1.1), w Poddziałaniu 9.1.2 należy zatem usunąć kryterium „Wielkie Jeziora Mazurskie”.
- W Poddziałaniach 9.1.1 oraz 9.1.2 w schemacie B i C zaproponowano uszczegółowienie dwóch kryteriów merytorycznych premiujących: jedno dotyczy projektu w zakresie opieki nad matką i dzieckiem – korekta polega na dopisaniu, że projekty będą realizowane w oddziałach neonatologicznych, zlokalizowanych w podmiotach wysokospecjalistycznych, a drugie kryterium dotyczy gotowości projektu do realizacji – zaproponowano, aby dodatkowo punktować projekty, które już posiadają pozwolenie czy też zgłoszenie budowy,

- W Poddziałaniu 9.1.2 schemat A, B i C zaproponowano wprowadzenie kryterium dotyczącego obszaru ZIT – „Stopień realizacji wskaźników Strategii rozwoju Elbląskiego Obszaru Funkcjonalnego/Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych” – korekta polega na wprowadzeniu punktacji, która wpłynęłaby na jakość projektów.
- W schemacie B i C w kryterium – „Wpływ na bezpieczeństwo użytkowników, oszczędność zasobów oraz jakość użytkowania” – zaproponowano dodatkowo 1 pkt za wskazanie programu w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnętrznej podmiotu.

Odnosnie uwag MZ w zakresie opieki koordynowanej (Poddziałania 9.1.1, 9.1.2, schemat A), Pani Alicja Wysocka-Jack powiedziała, że zastosowane przez IZ RPO kryterium „Zgodność z mapami potrzeb zdrowotnych” obejmuje dwie sytuacje – jedna dotyczy wariantu, że map jeszcze nie ma i wówczas całość wsparcia będzie się skupiać wyłącznie na opiece koordynowanej lub obejmuje podmioty opieki długoterminowej, geriatrycznej, hospicyjnej lub paliatywnej, o ile projekt nie dotyczy wsparcia na rzecz szpitali oraz o ile przyczynia się do rozwoju form opieki zdeinstytucjonalizowanej, a drugi wariant jest taki, że mapy są już opublikowane i wtedy trzeba się odnieść do map.

Pani Dyrektor Kister upewniła się i otrzymała potwierdzenie od przedstawicielki IZ, że jeżeli projekt dotyczy opieki koordynowanej wówczas IZ RPO nie odnosi się do mapy, ale gdyby nie obejmował opieki koordynowanej posilkanie się mapą będzie konieczne.

Natomiast w kwestii psychiatrii Pani Wysocka-Jack powiedziała, że woj. warmińsko-mazurskie nie planuje wyłączyć obszaru psychiatrii. Uruchomienie konkursu planowane jest na grudzień 2016 r., ale jeżeli mapy do tego czasu nie powstaną, zakładana jest możliwość wydłużenia naboru w ramach konkursu.

Pani Dyrektor Kister zwróciła uwagę, że podczas obecnego posiedzenia przedmiotowa kwestia została już szczegółowo wyjaśniona. Przywołała wcześniejsze uzgodnienia, w tym głos przedstawiciela KE i podkreśliła, że nie ma zgody na takie rozwiązanie. Dodała, że konkurs można ogłaszać w momencie, w którym kryteria zostaną zmienione i będą dostosowane do rekomendacji opracowanych po wydaniu map. W związku z tym sekwencja działań będzie następująca: do końca roku opublikowana zostanie mapa potrzeb dotycząca psychiatrii, następnie Komitet Sterujący dokona aktualizacji rekomendacji dla PI 9a poprzez wprowadzenie dodatkowych rekomendacji konsumujących wnioski płynące z map, następnie IZ RPO zaktualizuje kryteria wyboru projektów i dopiero te kryteria posłużą do oceny projektów.

Pani Dyrektor Kister przypomniała, że na obecnym posiedzeniu przyjmowanych jest 6 Planów działań, które zawierają odniesienie do psychiatrii i psychiatria została wyłączona w pozostałych 5 województwach. W przypadku 2 z ww. 5 województw (małopolskie i podlaskie) występują konkursy otwarte i IZ RPO zobowiązały się zapewnić, że dokumentacja konkursowa jasno określi, że projekty w zakresie psychiatrii będą przyjmowane dopiero po opublikowaniu map, aktualizacji rekomendacji i zmianie kryteriów. A więc de facto tymczasowe wykluczenie psychiatrii również zostało zapewnione.

Na pytanie Pani Alicji Wysockiej-Jack, czy nie ma innego wyjścia, Pani Dyrektor potwierdziła, że nie.

Następnie przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 71/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań*

w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego, uwzględniającej uzgodnione zmiany.

Uchwała została podjęta większością głosów.

Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020

Pani Dyrektor Kister poinformowała, że Plan obejmuje 1 projekt pozakonkursowy w ramach PI 9a: Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem, Narzędzie 16, kwota alokacji – 288 mln zł. Dołączono pozytywną OCI wydaną przez wojewodę.

Pan Jarosław Hawrysz zauważył, że NFZ zgłosił uwagę, że nie powinien nastąpić wzrost liczby łóżek w pediatrii.

Pan Maciej Sytek, przedstawiciel UM Województwa Wielkopolskiego odpowiedział, że nastąpi nawet spadek liczby łóżek w województwie wielkopolskim.

Wobec braku dalszych pytań i uwag przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 72/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*.

Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Następnie Pan Jarosław Hawrysz odniósł się do dyskusji, która miała miejsce przy omawianiu Planu działań województwa lubuskiego. Przedstawiciel KE zauważył, iż istnieje problem w kwestii podejścia strategicznego do prowadzenia polityki zdrowotnej w regionach. Celem KE od początku było, aby to urzędy marszałkowskie stały się faktycznymi prowadzącymi politykę zdrowotną w regionach, która obejmuje również kwestie ilościowe, m.in. ile jest łóżek, w których szpitalach etc. Podkreślił, iż należy popracować nad konsensem w kwestii tego, jak ta wizja ma wyglądać. Wykorzystywanie map potrzeb zdrowotnych i pogłębianie edukacji w tym zakresie w średnim okresie doprowadzi do restrukturyzacji jednostek. Zrozumienie pewnych decyzji musi być jednak jak najbardziej powszechne. Jeżeli tworzony jest nowy szpital czy nowe oddziały, ale nastąpi jedynie przejmowanie roli innych oddziałów, bez zobowiązania w jakiej perspektywie i w jakich kierunkach będą szły redukcje, to z punktu widzenia KE jest to za mało. Zdaniem Pana Hawrysza prawdopodobnie takie same są także oczekiwania MZ - aby polityka regionów w perspektywie 5-6 lat pokazała, w którym kierunku zmierza system. Dodał, iż wiadomym jest, że istnieje średni nadmiar o 1/3 łóżek, a mapy pokazały, że w niektórych obszarach te przerosty są nawet większe niż 50%, w związku z tym osoba sprawdzająca kwalifikowalność wydatków może się zastanawiać, czy mapy potrzeb zdrowotnych zostały uwzględnione. Pan Hawrysz zaproponował przeprowadzenie ćwiczenia polegającego na wspólnym opracowaniu lub zaktualizowaniu planów restrukturyzacji na poziomie regionów w uzgodnieniu ze wszystkimi operatorami szpitali. Być może wówczas łatwiej będzie osiągnąć konsensus

w zakresie zmian. Podkreślił, iż dyskusje prowadzone na forum KS są edukacyjne i pokazują wiele elementów, które występują w systemie i są problematyczne. Wyraził nadzieję, iż wysiłek, który jest podejmowany na poziomie KS zejdzie również na poziom niższy - lokalny, w którym występują już bezpośrednio organy nadzorcze nad szpitalami. KE liczy na wysiłek ze strony Urzędów Marszałkowskich w tej kwestii.

Pani Dyrektor Kister powiedziała, że MZ przyłącza się do wyrażonej przez Pana Hawrysha opinii. Ministerstwo rozumie problemy wynikające z faktu, iż istnieją różne organy założycielskie, ale apeluje, aby podejmować wspólny wysiłek i próby racjonalizatorskie i myśleć w jaki sposób wprowadzić w życie wnioski płynące z map potrzeb zdrowotnych lub innych dokumentów. Ponadto, już w aspekcie technicznym, Pani Dyrektor zaapelowała o wnikliwość i staranność przy przekazywaniu Planów działań, ponieważ po raz kolejny przekazano dokument, którego wersje elektroniczne i papierowe nie były tożsame. Taka sytuacja powoduje później problemy i może skutkować tym, że nie będzie można przyjąć Planu działań zgodnie z oczekiwaniami IZ. I druga kwestia, występująca w jeszcze większym zakresie, to wielokrotne autopoprawki do zgłoszonych Planów. Ostatnio, w drugiej turze składania Planów, dwa województwa zgłosiły aż 5-krotnie korekty. MZ stara się nie blokować Planów, ale tego typu działania powodują istotny problem, ponieważ opiniowane są dokumenty wyłącznie w ich pierwotnym brzmieniu (NFZ, DAS, etc.). Poprosiła, aby unikać wielokrotnych korekt, gdyż takie sytuacje również mogą prowadzić do braku możliwości przyjęcia Planów działań na forum KS.

Szkolenie z zakresu map potrzeb zdrowotnych

Kolejnym punktem posiedzenia było szkolenie z zakresu map potrzeb zdrowotnych, które przeprowadziła Pani Barbara Więckowska - Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w MZ.

Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że dla części osób prezentowany materiał powinien być znany z uwagi na uczestnictwo w organizowanych przez Departament Analiz i Strategii (DAS) spotkaniach warsztatowych. Zwróciła uwagę, że pomimo wspomnianych spotkań, których celem było m.in. uspołnienie zrozumienia treści map potrzeb zdrowotnych, wciąż pojawiają się kontrowersje co do rozumienia poszczególnych wskaźników ujętych w mapach i wniosków z nich płynących. Pani Dyrektor zaznaczyła, że celem szkolenia jest przedstawienie członkom KS sposobu czytania map potrzeb zdrowotnych, przyjętego przez DAS, co zostanie zaprezentowane na przykładzie wybranego województwa (dolnośląskiego). Podkreśliła również, że układ tabel jest taki sam w pozostałych województwach. Jest to istotne o tyle, że podobne zestawienia będą publikowane w mapach, które ukażą się w grudniu bieżącego roku.

Następnie Pani Dyrektor przedstawiła stan prac nad mapami potrzeb zdrowotnych dot. 30 grup chorób. Podkreśliła, że na chwilę obecną nie zauważa opóźnień w pracach nad mapami - mapy ukażą się najpóźniej z dniem 31 grudnia (dla każdego województwa 30 map - 16 x 30 x ok. 150 stron).

Następnie Pani Dyrektor Więckowska omówiła schemat i poszczególne części map potrzeb zdrowotnych na przykładzie województwa dolnośląskiego, zwracając uwagę na wybrane zagadnienia (np. współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności po powiatach, współczynnik chorobowości szpitalnej wg

oddziałów, współczynnik standaryzowany korzystania ze świadczeń na danym oddziale, zgony w województwie wg przyczyn, standaryzowane współczynniki zgonów, informacje ogólne na temat liczby łóżek, liczba stołów operacyjnych, liczba operacji na stół operacyjny, zakażenia wewnątrzszpitalne, śmiertelność pooperacyjna, analiza oddziałów szpitalnych, kolejki, tryb przyjęcia do szpitala, wielochorobowość, przeciętna długość pobytu, standaryzowany metodą pośrednią i MLOS, mediana czasu pobytu i inne).

W toku dyskusji poruszana była również kwestia wykorzystania danych ujętych w mapach potrzeb zdrowotnych przez beneficjentów na potrzeby pisania projektów i przełożenia danych w nich ujętych na myślenie projektowe.

Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że do każdej mapy załączone jest podsumowanie, w którym zawarte są rekomendacje co do tego, do czego należy dążyć na poziomie województwa, np. zwiększenie operatywy na oddziałach, zmniejszenie długości hospitalizacji na poziomie województwa, porady pohospitalizacyjne.

Kończąc szkolenie Pani Dyrektor Więckowska podkreśliła, że mapy potrzeb zdrowotnych powstaną w terminie wyznaczonym przez Komisję Europejską, tj. do 31 grudnia.

Pan Jarosław Komża, przedstawiciel Związku Powiatów Polskich, spytał czy takie szkolenia są przewidziane dla dyrektorów szpitali powiatowych i dla osób, które będą opiniowały inwestycje. Pani Dyrektor Więckowska odpowiedziała, że na razie przeprowadzono szkolenia dla Rad Wojewódzkich. Nie planowano specjalnych szkoleń dla dyrektorów szpitali, ale być może jest to warte rozważenia po 31 grudnia.

Sprawy różne

Pani Dyrektor Kister poprosiła o przekazywanie Ministerstwu Zdrowia Planów działań na rok 2017; na razie przyjęto tylko dwa Plany na przyszły rok: dla Małopolski i dla PO WER. Dodała, że kolejne posiedzenie KS planowane jest wstępnie na przełomie listopada/grudnia.

Następnie głos zabrała Pani Katarzyna Przybylska, która zadeklarowała gotowość do spotkania się pracowników DFZ MZ w celu skonsultowania założeń Planów działań na 2017 r. Zauważyła również, że w celu uniknięcia potencjalnych rozbieżności warto, aby w spotkaniach uczestniczyli także przedstawiciele DAS MZ. Pani Dyrektor dodała, że ewentualnie takie konsultacje mogą być prowadzone również drogą elektroniczną lub telefoniczną już na etapie konstruowania dokumentów.

Wobec braku innych głosów dot. tego punktu porządku obrad, Pani Dyrektor Agnieszka Kister podziękowała za udział w spotkaniu i zamknęła posiedzenie KS.

4.	Uchwały poddane pod głosowanie oraz wyniki głosowania:
----	---

Głosowania odbywały się przy pomocy elektronicznego systemu do głosowania. W trakcie posiedzenia Komitetu Sterującego zmieniała się liczba osób obecnych na sali, jednak kworum wymagane do zatwierdzania uchwał było zapewnione podczas całego posiedzenia.

Uchwała Nr 56/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dotyczących modernizacji energetycznej budynków w obszarze ochrony zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4c - Wspieranie efektywności energetycznej, inteligentnego zarządzania energią i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych i sektorze mieszkaniowym

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 57/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie interpretacji pojęcia „radykalne zabiegi chirurgiczne”

Wyniki głosowania:

- 32 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 58/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych.

Wyniki głosowania:

- 28 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 59/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 60/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020*

Wyniki głosowania:

- 25 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 61/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego*

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 62/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego*

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 63/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego*

Wyniki głosowania:

- 22 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 2 głosy – przeciw przyjęciu uchwały,
- 6 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 64/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego*

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 65/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego*

Wyniki głosowania:

- 24 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 2 głosy – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 66/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2017 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego*

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 67/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego*

Wyniki głosowania:

- 26 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 68/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego*

Wyniki głosowania:

- 27 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

Uchwała Nr 69/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego*

Wyniki głosowania:

- 23 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 2 głosy - wstrzymujące się.

Uchwała Nr 70/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego*

Wyniki głosowania:

- 24 głosy – za przyjęciem uchwały,

- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 71/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego*

Wyniki głosowania:

- 22 głosy – za przyjęciem uchwały,
- 1 głos – przeciw przyjęciu uchwały,
- 1 głos - wstrzymujący się.

Uchwała Nr 72/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 października 2016 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego*

Wyniki głosowania:

- 29 głosów – za przyjęciem uchwały,
- 0 głosów – przeciw przyjęciu uchwały,
- 0 głosów - wstrzymujących się.

5.	Protokół sporządził:	Dorota Kolasińska Starszy specjalista w Wydziale Koordynacji Polityki Rozwoju Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia
6.	Zatwierdził:	Agnieszka Kister Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia

Załącznik 1: Lista obecności

Załącznik 2: Porządek obrad